

脈狭窄症に対する PTA が可能となった。しかしその適応に関しては未だ多くの問題を含み、また安全性の問題に関してもなお明らかにされるべき点が多いと思われる。我々は PTA により重大な合併症を生じた症例を経験したので報告する。症例は67歳の男性で、構音障害とふらつきを訴え来院した。CT では脳幹部と基底核に多発性の空洞梗塞があり、血管撮影にて右椎骨動脈 (V4) の狭窄が認められた。左椎骨動脈は低形成であった。後頭蓋窩の虚血の改善と予防を目的として PTA を施行したところ、術直後は一旦拡張した狭窄部位が、30分後には近位側より解離を生じ、再び狭窄状態となった。術後、右小脳脚に新たな小梗塞巣が生じた。1カ月後の血管写にて右椎骨動脈は V2 にて閉塞していたが、患者は軽い失調症を残したのみであった。この症例に関する PTA の適応と手技上の問題点に関して検討した。

2A-116) Guglielmi's detachable coil (GDC) を用いた脳動脈瘤の塞栓療法
—臨床治験例からの報告—

高橋 明・藤井 康伸 (広南病院血管内) 脳神経外科
 朴 永俊・江面 正幸 (東北大学脳研) 脳神経外科
 吉本 高志 (東北大学脳研) 脳神経外科

【目的】Guglielmi (UCLA) らにより開発された detachable coil (GDC) は、動脈瘤の新しい塞栓方法として注目されている。1993年1月からの治験例中、動脈瘤について報告する。

【対象, 方法】対象は8例(嚢状7例, dissection 1例), 大きさは small 2, large 3, giant 3, 部位は A-com 1, MCA 1, IC 2, PC 1, BA 1, VA 2 で, 未破裂6, 破裂2 (慢性期1, 急性期の1例は VA dissection) である。大腿動脈から, Tracker 18 or 10 を動脈瘤内に誘導, 3~16本の GDC で塞栓した。塞栓前後は必要に応じて, aspirin, argatroban などを使用した。

【結果】瘤内へのコイルの導入, および離脱は全例で問題なかった。親動脈を温存して, 瘤内閉塞を行なったのは5例, dissection など3例では動脈瘤とともに親動脈も閉塞した。動脈瘤の閉塞は6例ではほぼ完全, 1例は段階的塞栓中, 1例は治療が完了できなかった。2例で塞栓性合併症を経験した。【結論】GDC は動脈瘤の血管内手術の可能性を大幅に拡大するものである。

2A-117) 重複中大脳動脈起始部に認められた脳動脈瘤の2例

高橋 敏夫・鈴木 重晴 (弘前大学脳神経) 外科
 岩渕 隆 (むつ総合病院) 脳神経外科
 岡部 慎一 (むつ総合病院) 脳神経外科

重複中大脳動脈は約3%の頻度といわれるが、その起始部に動脈瘤を合併したものは更に稀である。我々は、クモ膜下出血で発症した重複中大脳動脈起始部の動脈瘤を、2例経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症例1: 51才女性。クモ膜下出血で発症。入院の翌日に再出血を生じた。脳血管撮影にて左内頸動脈に動脈瘤を認めたが、脳血管攣縮のため起始部は不明瞭であった。術中所見から左重複中大脳動脈起始部動脈瘤と判明し、合併した未破裂右内頸動脈一眼動脈分岐部動脈瘤とともにクリッピングを施行。術後、脳血管攣縮による右不全麻痺を生じたが、軽快し独歩自宅退院した。

症例2: 54才男性。クモ膜下出血で発症し、同日脳外科へ入院。脳血管撮影にて左重複中大脳動脈起始部に動脈瘤を認めた。第3病日にクリッピングを施行。術後、脳血管攣縮による見当識障害と歩行障害を残し自宅退院した。

2A-118) 出血を繰り返した中大脳動脈完全血栓化巨大動脈瘤の1例

板本 孝治・石井 伸明 (柏葉脳神経外科) 病院
 内沢 隆充・下山 光行 (旭川赤十字病院) 外科
 磯西 克佳・小岩 武 (北海道大学脳神経) 外科
 川口 進・柏葉 弘 (北海道大学脳神経) 外科
 上山 博康 (旭川赤十字病院) 外科
 宝金 清博・阿部 弘 (北海道大学脳神経) 外科

今回我々は完全血栓化したと考えられた巨大動脈瘤の再出血を経験したので報告する。症例は73才女性。平成4年11月27日めまい、嘔吐にて発症、某医入院していたが、12月14日当科紹介入院となる。入院時、神経学的に異常は認めない。CT で左中大脳動脈血栓化巨大動脈瘤が疑われ、一部脳内に血腫も認められた。血管撮影では動脈瘤は造影されず、完全血栓化と考えられたが、12月27日より失語症、軽度の右片麻痺が出現し、MRI では血腫の増大が疑われた。血管撮影で動脈瘤の一部が造影された。このため、平成5年1月6日、EC-IC bypass 下に巨大動脈瘤切除、縫縮術を施行した。術中所見ではSAH, ICH を認めている。術後は神経症状の悪化はなく、右片麻痺も軽快し、現在言語療法中である。

巨大脳動脈瘤の自然経過は予後不良であり、その第一の原因は出血である。これは部分血栓化を伴っていても同様であるとされる。しかし完全に血栓化した巨大脳動脈瘤が出血を起こした報告は稀である。今回の症例に対し若干の文献的考察を加え報告する。

2A-119) 破裂中大脳動脈遠位部動脈瘤の5症例の経験

馬淵 正二・井須 豊彦 (釧路労災病院) 脳神経外科
板本 孝治 (旭川赤十字病院) 脳神経外科
上山 博康 (旭川赤十字病院) 脳神経外科

中大脳動脈遠位部に発生する脳動脈瘤は、発生頻度の低いことも相俟って、今までその臨床像に深い考慮が払われていないのが実状である。実際に、同部の破裂脳動脈瘤症例に直面してみると、我々の経験不足や無知により、診断治療について様々な困難に出会う。我々は、非細菌性、非外傷性、非腫瘍性で、sylvian hematomaを有する破裂中大脳動脈遠位部動脈瘤の5症例を治療する機会を得た。高血圧性脳内出血と誤診され8年後の血管撮影で発見された例、術前血管撮影で認識されず、術中に始めて発見された例、部位の同定を誤った例など、その診断や治療に苦慮した経験を報告する。

2A-120) 導出静脈が同一であった脳動静脈奇形と髄質静脈奇形の1手術例

曲澤 聡・鈴木 明文 (秋田県立脳血管) 研究センター 脳神経外科
岩瀬 正顕・波出 石弘 (秋田県立脳血管) 研究センター 脳神経外科
安井 信之 (秋田県立脳血管) 研究センター 脳神経外科

症例は43歳の男性。1993年2月14日、頭痛にて発症し某院受診。CTにて右頭頂葉皮質下出血を認め入院。2月16日、意識障害が出現したため、当院に転院。来院時、意識傾眠、左不全片麻痺、左感覚障害、左半側空間失認を認めた。脳血管撮影では、動脈相より拡張した多数の髄質静脈が、1本の導出静脈にコウモリ傘様に注ぐ髄質静脈奇形(MVM)を認め、その導出静脈は上矢状洞に流入していた。また同部に右後頭頂動脈をmain feederとし、径約1cmのnidusを有し、MVMの導出静脈をdrainerとする脳動静脈奇形(AVM)を認めた。2月17日、術中脳血管撮影を行いつつ、AVMおよびMVM摘出術を施行した。術中所見では、AVM nidusからの血流はMVMの導出静脈に直接短絡していた。術後脳血管撮影では、AVM nidusとMVMは消失してい

た。術後、軽度の半側空間失認を残すのみとなり、退院予定である。以上、本症例につき報告し、若干の文献的考察を加える。

2A-121) TCDによる脳血管攣縮の評価—pulsatility index について—

高谷 了・鶴野 卓史 (砂川市立病院) 脳神経外科
藤重 正人・高山 宏 (砂川市立病院) 脳神経外科

クモ膜下出血後の脳血管攣縮の評価に、TCDによるmean flow velocity (MV)の経時的観察の有用性の報告は多くみられるが、末梢血管抵抗を表すpulsatility index (PI)の経時変化に関する報告は少ない。PIの変化には脳浮腫、頭蓋内圧が大きく関与するが、脳血管攣縮のみでは、脳細動脈の拡張により末梢血管抵抗が低下し、resistance index (RI)は低値を示すとの報告がある。脳血管攣縮の経時的観察にはMVのみでなくPIの変化も観察する必要があると考えられる。

今回は、経時的にMVの上昇とともにPIの低下がみられた症例について、脳血管撮影、SPECT所見を提示し文献的考察を加え報告する。

2A-122) 脳血管攣縮の早期診断と治療へdCTの応用

長堀 毅 (社会保険高岡病院) 脳神経外科
西嶋美知春・遠藤 俊郎 (富山医科薬科大学) 脳神経外科
高久 晃 (富山医科薬科大学) 脳神経外科
福田 修 (齊藤記念病院) 脳神経外科

くも膜下出血症例に対してdynamic CT (dCT)を反復し、その有用性について検討した。対象は20症例で、dCTは脳梁膨大部を通る眼窩外耳孔線に平行なスライス面で検討した。第1～3病日12例のdCTで1例に血流異常を認め、第9病日に症候性spasmが発生した。第4～10病日のdCTでは18例中5例に血流異常が出現した。症候性spasmが発生しなかった13例中9例では、dCTでも異常は認めなかった。4例では血流異常を第3～14病日に観察し血管写でspasmを確認したが、治療を行い症状は発現しなかった。5例では、第6～9病日に症候性spasmが出現し、dCTの異常も観察された。うち1例では、血管写でspasmが寛解するとともにdCT所見も改善した。barbiturate療法を施行した2例にdCTで異常を認め、1例に積極的な治療を行い、